

**WISCONSIN FOODSHARE
ЗАЯВКА
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)**

ИНСТРУКЦИИ

Укажите свое имя, адрес и подпись, чтобы установить дату начала действия льгот. Это называется «установление даты подачи».

У вас есть выбор: предоставить только информацию на этой странице (имя, адрес, подпись) или заполнить полную заявку.

Если вам нужны льготы прямо сейчас, заполните раздел Приоритетное FoodShare и отправьте его на первой странице. Это может позволить вам получать продовольственное пособие в течение семи дней после подачи заявления.

Со всеми заявками вы должны пройти собеседование с вашим агентством по телефону или лично. Заполнение полной заявки может сократить время, необходимое для прохождения собеседования и процесса сертификации.

Вы имеете право подать заявку в любое время. Ваша заявка будет обработана в кратчайшие сроки, не позднее 30 дней с даты получения вашей заявки вашим агентством.

Если действие ваших льгот по программе FoodShare было прекращено в течение последних 30 дней, вы можете снова открыть свои льготы FoodShare. Свяжитесь с вашим агентством, чтобы снова открыть свои льготы FoodShare, не заполняя эту форму или заявку.

Вы можете оставить заявку онлайн или по телефону! Позвоните в местное агентство или подайте заявку онлайн на сайте access.wi.gov. Если вы подаете заявление онлайн, вы можете одновременно заполнить заявления на FoodShare и на медицинское обслуживание.

Имя – Заявитель (Имя, Отчество, Фамилия)

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

ПОДПИСЬ – Заявитель или его уполномоченный представитель

Дата подписания (мм/дд/гг)

Отправьте заявку по почте или по факсу

Если вы живете в Milwaukee County:

MDPU
6055 North 64th Street
Milwaukee, WI 53218

Или по факсу: 888-409-1979

Если вы не живете в Milwaukee County:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Или по факсу: 855-293-1822

Если ваши возможности ограничены и это заявление нужно вам в альтернативном формате или вам нужно перевести его на другой язык, пожалуйста, свяжитесь с вашим агентством. Чтобы получить номер телефона вашего агентства, перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 800-362-3002. Услуги по переводу и телетайпу предоставляются бесплатно.

Уполномоченный представитель может заполнить и подписать эту форму за вас. Для назначения уполномоченного представителя заполните форму назначения, изменения или отзыва уполномоченного представителя для физического лица *F10126A* или форму назначения, изменения или отзыва уполномоченного представителя для организации *F10126B*.

Чтобы получить эту форму, позвоните по телефону 800-362-3002 или зайдите на сайт www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

НЕОБЯЗАТЕЛЬНО: ПРИОРИТЕТНОЕ FOODSHARE

Если вам нужна помощь прямо сейчас, подача заявки на приоритетное FoodShare может помочь вам получить пособие в течение семи дней после установления даты подачи заявки. Заполните эту страницу и отправьте ее вместе с первой страницей или остальной частью заявки, чтобы узнать, соответствуете ли вы требованиям.

Вы имеете право на получение приоритетных льгот, если верно одно из следующих условий:

- Ваше домохозяйство имеет 100 или менее долларов наличными или в банке и будет иметь доход менее 150 долларов в этом месяце.
- Ваше домохозяйство несет расходы на аренду, оплату ипотеки или коммунальных услуг, которые превышают ваш общий ежемесячный доход (наличными или на банковских счетах) за этот месяц.
- В вашем домохозяйстве имеется мигрант или сезонный сельскохозяйственный работник, который перестал получать доход.

Имя – Заявитель (Имя, Отчество, Фамилия)

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Ответьте на следующие вопросы, которые будут рассмотрены на предмет возможности предоставления более быстрого обслуживания.

Каков общий совокупный доход, ожидаемый вашим домохозяйством в этом месяце (до вычета налогов или других вычетов)?

\$

Каковы общие доступные активы вашего домохозяйства (например, наличные деньги, деньги на чековых или сберегательных счетах или общая сумма денег)?

\$

Какую сумму ваше домохозяйство в общей сложности платит за аренду или ипотеку в этом месяце?

\$

Ваше домохозяйство получало льготы Wisconsin FoodShare в этом месяце?

Да Нет

Получало ли ваше домохозяйство в этом месяце льготы по Supplemental Nutrition Assistance Program (Программе дополнительной помощи продовольствием) (SNAP, талоны на питание, электронный перевод пособия)?

Да Нет

В настоящее время вы живете в приюте для жертв домашнего насилия?

Да Нет

Является ли кто-либо в вашем домохозяйстве работником-мигрантом или сезонным сельскохозяйственным работником, который недавно перестал получать доход и не ожидает получить доход в размере более 25 долларов в течение следующих 10 дней?

Да Нет

Если ваше домохозяйство оплачивает коммунальные услуги, ответьте на следующие вопросы.

Если вы платите за аренду, включена ли оплата отопления в стоимость аренды?

Да Нет

Отметьте клетки любых для коммунальных услуг, за которые Ваше домохозяйство обязано платить и укажите используются ли эти коммунальные услуги для отопления Вашего дома.

Вы оплачиваете эти коммунальные услуги?	Используется для отопления	Вы оплачиваете эти коммунальные услуги?	Используется для отопления?
<input type="checkbox"/> Газ (природный)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Мазут/керосин	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Электричество	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Уголь	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Жидкий пропан	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Дрова	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Отметьте клетки для коммунальных услуг, за которые Ваше домохозяйство обязано платить.

- Телефон Водопровод Канализация Вывоз мусора
 Дополнительная плата за кондиционирование воздуха Прочее

НЕОБЯЗАТЕЛЬНО: ПОЛНАЯ ЗАЯВКА

РАЗДЕЛ 1 – КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, сообщите нам как мы можем связаться с Вами. Для номер телефона укажите код зоны.

Номер телефона	Тип телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	
Другой номер телефона	Кому принадлежит этот номер телефона? <input type="checkbox"/> Вам <input type="checkbox"/> Семье <input type="checkbox"/> Другому лицу	Укажите имя этого человека?

Эл. почта

Как бы вы хотели получать письма? По почте По эл. почте – ACCESS

У вас есть отдельный почтовый адрес, отличный от того, где вы живете?
 Да Нет

Если да, напишите адрес, по которому вы получаете почту.

Улица и номер дома

Город	Штат	Почтовый индекс
-------	------	-----------------

Вданный момент Вы являетесь бездомным*?
 Да Нет

*Быть бездомным означает, что у Вас нет постоянного места для ночлега. Это включает в себя пребывание в приюте, у друга или члена семьи или отсутствие жилья.

Если вы бездомный, пропустите вопрос об адресе. Если в настоящее время Вы бездомны и у Вас нет почтового адреса, Ваша почта будет отправляться в местное агентство.

Как лучше всего связаться с Вами?

РАЗДЕЛ 2 – ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Если Вы заполняете это заявление для другого человека, ответьте на остальные вопросы так, как если бы Вы были этим человеком.

Предоставление Social Security Number (номера социальной страховки), если он у вас есть, требуется по закону для каждого лица, обращающегося за льготами. Он используется для определения права на получение пособия и размера льгот. Если у вас нет Social Security Number (номера социальной страховки), вы можете подать заявку на его получение на сайте www.ssa.gov/number-card.

Примечание: Вы не обязаны отвечать на вопросы о расе и этническом происхождении, если Вы не хотите. Мы задаем эти вопросы, чтобы помочь улучшить наши программы и убедиться, что не допускается дискриминация по признаку этнического происхождения или расы. Ваши ответы не будут использоваться для принятия решения о Вашем соответствии программе и размерах льгот.

Social Security Number (номер социальной страховки)	Дата рождения (мм/дд/гг)
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)

Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Не испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать
Раса (не обязательно) отметьте все, что применимо <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая) <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Чернокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать	
Основной язык, на котором говорят в Вашем доме.	На каком языке Вы хотите получать письма программы FoodShare?

РАЗДЕЛ 3 – ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Заполните этот раздел и укажите людей, которые живут с Вами. Если требуется больше места, используйте чистый лист бумаги и приложите его к заявке.

Предоставление Social Security Number (номера социальной страховки) (SSN), если он у вас есть, требуется по закону для каждого лица, обращающегося за льготами. Он используется для определения права на получение пособия и размера льгот. Если вы не знаете SSN кого-то, кто живет с вами, или у них его нет, все равно укажите их в этом разделе.

Примечание: Вы не обязаны отвечать на вопросы о расе и этническом происхождении, если Вы не хотите. Мы задаем эти вопросы, чтобы помочь улучшить наши программы и убедиться, что не допускается дискриминация по признаку этнического происхождения или расы. Ваши ответы не будут использоваться для принятия решения о Вашем соответствии программе и размерах льгот.

Лицо 1 (Заявитель)

Полное имя (имя, средний инициал, фамилия)		Хочет ли это лицо получать FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата рождения (мм/дд/гг)	Social Security Number (номер социальной страховки)	
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Не испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать	
Раса (не обязательно) отметьте все, что применимо <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая) <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Чернокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать		
Отношение к заявителю	Вы покупаете или принимаете пищу вместе с этим лицом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Лицо 2

Полное имя (имя, средний инициал, фамилия)		Хочет ли это лицо получать FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата рождения (мм/дд/гг)	Social Security Number (номер социальной страховки)	

Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Не испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать	
Раса (не обязательно) отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая) <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Чернокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать			
Отношение к заявителю	Вы покупаете или принимаете пищу вместе с этим лицом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Лицо 3

Полное имя (имя, средний инициал, фамилия)		Хочет ли это лицо получать FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата рождения (мм/дд/гг)		Social Security Number (номер социальной страховки)	
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Не испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать	
Раса (не обязательно) отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая) <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Чернокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать			
Отношение к заявителю	Вы покупаете или принимаете пищу вместе с этим лицом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Лицо 4

Полное имя (имя, средний инициал, фамилия)		Хочет ли это лицо получать FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата рождения (мм/дд/гг)		Social Security Number (номер социальной страховки)	
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Не испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать	

Раса (не обязательно) отметьте все, что применимо:

- Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски
 Азиат (-ка)
 Я не знаю
 Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) тихоокеанских островов
 Белый (белая)
 Другое
 Чернокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка)
 Я предпочитаю не отвечать

Отношение к заявителю

Вы покупаете или принимаете пищу вместе с этим лицом?

- Да
 Нет

Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком?

- Да
 Нет

РАЗДЕЛ 4 – ИНФОРМАЦИЯ О СТУДЕНТЕ

Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Есть ли в вашей семье кто-нибудь в возрасте 18–49 лет, который учится в высшем учебном заведении (например, в техническом колледже или университете)?

- Да
 Нет
 Если ответ «Нет», перейдите к разделу 5.

Выходят ли занятия за рамки обычной учебной программы?

Специальные занятия, не входящие в обычную учебную программу, могут включать коррекционное образование, непрерывное или общественное образование, профессиональное развитие, английский для говорящих на других языках (ESOL/ESL) и развитие рабочей силы.

- Да
 Нет
 Если ответ «Нет», перейдите к разделу 5.

Название учебного заведения

Студент зачислен:

- Менее чем половину времени
 Половину времени или больше
 На полной нагрузке
 Другое

Имя студента, посещающего высшее учебное заведение (имя, инициал от середины, фамилия)

Студент не может работать ввиду временной или постоянной инвалидности?

- Да
 Нет

Зачислен в Wisconsin Works (Висконсин Работает) (W-2) или другую программу, финансируемую TANF, в соответствии с разделом IV Social Security Act (Закона о социальном обеспечении).

- Да
 Нет

Работает ли студент минимум 20 часов в неделю?

- Да
 Нет

Является ли студент самозанятым?

- Да
 Нет

Участвует ли студент в финансируемой штатом или федеральным правительством программе совмещения учебы и работы?

- Да
 Нет

Участвует ли студент в оплачиваемой программе обучения без отрыва от производства?

- Да
 Нет

Обеспечивает ли учащийся уход за ребенком младше 6 лет?

- Да
 Нет

Обеспечивает ли студент уход за ребенком в возрасте 6–12 лет и адекватное детское учреждение недоступно?

- Да
 Нет

Является ли студент родителем-одиночкой обеспечивающим уход за ребенком младше 12 лет и зачисленным в учебное учреждение на полную нагрузку?

- Да
 Нет

Зачислен ли студент в учебное заведение с помощью программ в соответствии с Workforce Innovation and Opportunity Act (Законом о возможностях и обновлении рабочей силы) (WIOA), Trade Act of 1974 (Законом о торговле 1974 г.) (ТАА), W-2, FoodShare Employment and Training (программой обучения и трудоустройства FoodShare) (FSET) или другой программой трудоустройства и обучения?

- Да
 Нет

РАЗДЕЛ 5 – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Был ли кто-нибудь признан полностью нетрудоспособным Social Security Administration (Администрацией социального обеспечения), Veterans Administration (Администрацией по делам ветеранов) или Railroad Retirement Board (Советом по вопросам социального обеспечения железнодорожников)?

Да Нет

Полное имя лица (лиц) с инвалидностью (имя, средний инициал, фамилия)

Дата установления инвалидности (мм/дд/гггг)

Имеется ли в вашем домохозяйстве кто-либо, кто не может работать вследствие болезни или травмы (психической или физической)?

Да Нет

Полное имя лица (лиц), которые не в состоянии работать (имя, средний инициал, фамилия)

Дата определения нетрудоспособности лица (мм/дд/гггг)

Кто-нибудь в вашем домохозяйстве беременный?

Да Нет

Полное имя беременного лица (лиц) (имя, средний инициал, фамилия)

Есть ли в вашем домохозяйстве кто-либо в возрасте от 18 до 24 лет, кто находился под опекой, субсидированной опекой или опекой родственниками по решению суда, когда им исполнилось 18 лет?

Да Нет

Полное имя лица (лиц), которые находились под опекой, субсидированной опекой или опекой родственниками по решению суда, когда им исполнилось 18 лет (имя, средний инициал, фамилия)

Есть ли в вашем домохозяйстве ветеран вооруженных сил США, уволенный по какой-либо причине?

Да Нет

Полное имя лица (лиц), которые являются ветеранами (имя, средний инициал, фамилия)

Участвует ли кто-нибудь из членов вашей семьи регулярно в программе борьбы с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (сюда не входят программы анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов)?

Да Нет

Полное имя лица (лиц), которые участвуют в лечении (имя, средний инициал, фамилия)

Является ли кто-либо из членов вашей семьи основным опекуном ребенка в возрасте до 6 лет или другого человека, который не в состоянии позаботиться о себе (живет в доме или вне его)?

Да Нет

Полное имя лица (лиц), которые являются опекунами (имя, средний инициал, фамилия)

Участвует ли кто-нибудь из членов вашей семьи в программе трудоустройства? Например, программы для уволенных рабочих, Wisconsin Works (W-2) или TANF племени?

Да Нет

Полное имя лица (лиц), которые участвуют в программе трудоустройства (имя, средний инициал, фамилия)

Был ли кто-нибудь в вашей семье осужден за преступление, связанное с наркотиками, за последние пять лет?

Да Нет

Имя лица, осужденного за уголовное преступление, связанное с наркотиками (имя, средний инициал, фамилия)

Дата вынесения обвинительного приговора (мм/дд/гггг)

Является ли кто-либо в вашем домохозяйстве беглым преступником или нарушителем правил испытательного срока или условно-досрочного освобождения?

Да Нет

Имя лица, скрывающегося от уголовного преступления или нарушившего условно-досрочное освобождение (имя, средний инициал, фамилия)

РАЗДЕЛ 6 – АКТИВЫ

Информация об активах необходима только в том случае, если Вы подаете заявление на получение экстренной помощи или принадлежите домохозяйству, в котором проживают физические лица пожилого возраста, слепые или инвалиды.

Перечислите все активы, принадлежащие заявителю (заявителям). Включите активы, принадлежащие Вам совместно с кем-либо еще. Доступные активы – это любые активы, которые могут быть обналичены в любое время.

Укажите такие вещи, как наличные деньги, чековые или сберегательные счета, CDs (деPOSITНЫЕ сертификаты), трастовые фонды, акции, облигации (не выделяемые на образование или расходы на похороны), проценты в аннуитетах, сберегательные облигации США, соглашения об имуществе, договора приобретения недвижимости в рассрочку, таймшеры, недвижимость для сдачи в аренду, имущество, находящееся в пожизненном владении или личную собственность, удерживаемую в инвестиционных целях. Не включайте стоимость личных бытовых вещей.

Тип актива	Имя владельца (владельцев)	Текущая стоимость	Описание (например, название банка или финансового учреждения, укажите здесь другой тип активов)
Наличные деньги		\$	
Чековый счет		\$	
Сберегательный счет		\$	
Другой тип актива		\$	
Другой тип актива		\$	
Другой тип актива		\$	

РАЗДЕЛ 7 – ЗАНЯТОСТЬ / ДОХОД ОТ РАБОТЫ И ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА

Участие в программе FoodShare основано на общем валовом доходе семьи (до вычета налогов или вычетов). Самозанятость вносится в Разделе 9. Если требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Работает ли кто-либо из членов домохозяйства?

Да Нет

Если ответ «Да», ответьте на приведенные ниже вопросы для каждого работающего члена домохозяйства.

Является ли кто-либо из перечисленных лиц трудовым мигрантом?

Да Нет

Лицо 1

Полное имя работающего лица
(имя, средний инициал, фамилия)

Дата начала занятости (мм/дд/гг)

Имя (название) работодателя

Адрес работодателя

Как часто этому лицу платят (выберите из списка ниже)?

Понедельно За две недели (каждую вторую неделю) 1 раз в месяц За полмесяца (2 раза в месяц)
 Другое, укажите детали:

Количество часов за каждую зарплату?

Валовой заработок (до вычета налогов или вычетов) на зарплату
\$

Получает ли это лицо почасовую оплату?

Да Нет Если ответ «Да», какова почасовая оплата этого лица? \$

Получает ли это лицо оклад?

Да Нет Если ответ «Да», какова почасовая оплата этого лица? \$

Получает ли это лицо чаевые или компенсацию помимо почасовой оплаты или оклада?

Да Нет Если ответ «Да», какова почасовая оплата этого лица? \$

Лицо 2

Полное имя работающего лица
(имя, средний инициал, фамилия)

Дата начала занятости (мм/дд/гг)

Имя (название) работодателя

Адрес работодателя

Как часто этому лицу платят (выберите из списка ниже)?

Понедельно За две недели (каждую вторую неделю) 1 раз в месяц За полмесяца (2 раза в месяц)
 Другое, укажите детали

Количество часов за каждую зарплату?

Валовой заработок (до вычета налогов или вычетов) на зарплату
\$

Получает ли это лицо почасовую оплату?

Да Нет Если ответ «Да», какова почасовая оплата этого лица? \$

Получает ли это лицо оклад?

Да Нет Если ответ «Да», какова почасовая оплата этого лица? \$

Получает ли это лицо чаевые или компенсацию помимо почасовой оплаты или оклада?

Да Нет Если ответ «Да», какова почасовая оплата этого лица? \$

РАЗДЕЛ 8 – ПОТЕРЯ РАБОТЫ

Прекратил ли кто-нибудь в вашем домохозяйстве недавно работать?

Да Нет Если ответ «Да», заполните остальную часть Раздела 8.

Имя лица, потерявшего работу (имя, средний инициал, фамилия)

Дата прекращения работы (мм/дд/гг)

Имя (название) и адрес работодателя

Причина прекращения занятости

Уволился (-лась) Уволен(-а)
 Сокращен(-а)
 Другое: _____

Подавало ли это лицо заявление на пособие по безработице?

Да Нет Если ответ "да", то когда это лицо подавало
заявление на пособие по безработице (дд/мм/гггг)?

РАЗДЕЛ 9 – ДОХОД ОТ САМОЗАНЯТОСТИ

Пожалуйста, сообщите нам о любом доходе от самозанятости, который получаете Вы и/или кто-либо в Вашем домохозяйстве. Укажите полученный доход даже в том случае, если это лицо не подает налоговую декларацию. Примеры самозанятости включают владение бизнесом, недвижимостью для сдачи в аренду или любой обмен товаров или услуг за деньги. Если Вам требуется больше места или несколько человек самозанято, используйте отдельный лист бумаги.

Кто-либо в Вашем домохозяйстве самозанят?

Да Нет Если ответ «Да», заполните остальную часть Раздела 9.

Полное имя самозанятого лица (имя, средний инициал, фамилия)	Название бизнеса
--	------------------

Адрес бизнеса

Тип собственности бизнеса

- Товарищество Корпорация типа S Индивидуальное предпринимательство Корпорация
 Другое Я не знаю

Тип бизнеса (например, ферма, уход на дому)

Дата начала деятельности бизнеса

Подает ли этот бизнес налоговую декларацию? Да Нет

Если ответ «Да», за какой последний налоговый год эта компания подала налоговую декларацию?

Произошли ли у бизнеса существенные изменения в доходах или расходах?

- Да Нет Я не знаю

В среднем, какой валовой доход этот бизнес приносит каждый месяц? Пожалуйста, укажите полученный доход до вычета расходов. \$

Каковы в среднем общие расходы этого бизнеса каждый месяц?

\$

Сколько в среднем часов в месяц этот человек работает в этом бизнесе?

РАЗДЕЛ 10 – ДОХОД В НАТУРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ИЛИ ДОХОД ОТ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРОЧИЙ ДОХОД

Пожалуйста, сообщите нам о любой натуральной форме дохода (получение товаров, продуктов питания или услуг в обмен на работу) или волонтерской работе, которую выполняете Вы и/или кто-либо в Вашем домохозяйстве. Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Название – физическое лицо или организация, предоставляющие товары, услуги или продукты питания в обмен на работу или услуги

Улица и номер дома	Номер телефона	
Город	Штат	Почтовый индекс

Что сделано в обмен на товары, услуги или продукты питания?

Сколько часов в каждый месяц?	Дата начала
-------------------------------	-------------

Имя лица или название организации

Улица и номер дома	Номер телефона	
Город	Штат	Почтовый индекс

Сколько часов в месяц Вы работаете волонтером?	Дата начала
--	-------------

РАЗДЕЛ 11 – ПРОЧИЙ ДОХОД

Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Получает ли кто-нибудь в Вашем домохозяйстве другие доходы?
 Да Нет если ответ «Да», заполните раздел ниже для каждого типа дохода.

Тип дохода	Получаете ли Вы это?	Имя лица, которое получает этот доход	Валовая (до уплаты налогов или вычетов) ежемесячная сумма
Social Security (Пособие социального обеспечения)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Supplemental Security Income (Дополнительный доход по социальному обеспечению) (SSI)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Алименты/алименты на содержание ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Компенсация работникам/пособие по безработице	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Инвалидность / оплата больничного листа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Проценты/дивиденды	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Пособия ветеранам	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Выплаты по уходу за приемными детьми	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Выплаты по уходу за родственниками	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Другое: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$

РАЗДЕЛ 12 – РАСХОДЫ

Уход за иждивенцем. Платит ли кто-либо за уход за ребенком или взрослым, чтобы они могли работать, искать работу, учиться или проходить обучение?
 Да Нет

Полное имя лица, оплачивающего ухода за ребенком или взрослым (имя, средний инициал, фамилия)	Кто получает оплату за уход за этим ребенком или взрослым? (Имя, средний инициал, фамилия)	Полное имя ребенка или взрослого, получающего уход (имя, средний инициал, фамилия)
Сумма \$	Как часто это оплачивается (выберите из списка ниже)? <input type="checkbox"/> Понедельно <input type="checkbox"/> За две недели (каждую вторую неделю) <input type="checkbox"/> 1 раз в месяц <input type="checkbox"/> За полмесяца (2 раза в месяц) <input type="checkbox"/> Другое, укажите детали:	

Алименты на содержание ребенка: обязан ли кто-либо в Вашем домохозяйстве по решению суда выплачивать алименты на содержание ребенка?
 Да Нет

Имя того, кто выплачивает алименты на содержание ребенка (имя, средний инициал, фамилия)	Имя лица, получающего алименты (имя, средний инициал, фамилия)	Имя ребенка, на содержание которого выплачиваются алименты (имя, средний инициал, фамилия)
Сумма \$	Как часто это оплачивается (выберите из списка ниже)?	

- Понедельно За две недели (каждую вторую неделю)
 1 раз в месяц За полмесяца (2 раза в месяц)
 Другое, укажите детали:

Медицинские расходы: Имеется ли какой-либо член домохозяйства, который является пожилым или инвалидом и оплачивает медицинские расходы из собственных средств? Примеры см. в брошюре «Вычеты за медицинские расходы и их влияние на льготы FoodShare» или P-03315B на сайте www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b.

Да Нет

Полное имя лица с медицинскими расходами (имя, средний инициал, фамилия)	Каковы виды медицинских расходов?	Сумма
	<input type="checkbox"/> Рецептурные медикаменты	\$
	<input type="checkbox"/> Медицинские счета	\$
	<input type="checkbox"/> Доплаты	\$
	<input type="checkbox"/> Страховые выплаты	\$
	<input type="checkbox"/> Другое	\$
	<input type="checkbox"/> Другое	\$

Как часто это оплачивается (выберите из списка ниже)?

- Понедельно За две недели (каждую вторую неделю) 1 раз в месяц За полмесяца (2 раза в месяц)
 Другое, укажите детали:

Расходы на жилье: кто-либо в домохозяйстве оплачивает расходы на жилье (например, аренду, ипотеку, налоги на недвижимость)?

Да Нет

Полное имя лица, несущего расходы на жилье (имя, средний инициал, фамилия)	Месячная стоимость \$

За что уплачиваются эти расходы?

- Арендная плата/аренда участка Ипотека Налог на имущество Страхование домовладельца
 Оплата кредита на приобретение мобильного дома Специальная оценка или налоги на такие вещи, как ремонт тротуара или улицы

Оплата коммунальных услуг:
 кто-либо в домохозяйстве платит за коммунальные услуги?

Да Нет

Если Вы платите аренду, включено ли отопление в арендную плату?

Да Нет

Отметьте клетку (клетки) для коммунальных услуг, за которые Ваше домохозяйство обязано платить и укажите используются ли эти коммунальные услуги для отопления Вашего дома.

Вы оплачиваете эти коммунальные услуги?	Используется для отопления?
Газ (природный) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Электричество <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Жидкий пропан <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Мазут/керосин <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Уголь <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дрова <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Отметьте клетку (клетки) для коммунальных услуг, за которые Ваше домохозяйство обязано платить.

- Телефон Водопровод Канализация Вывоз мусора Дополнительная плата за кондиционирование воздуха Прочее: _____

Получаете ли Вы жилищную помощь (согласно Разделу 8 или другое субсидируемое государственное жилье)?
 Да Нет

Получаете ли вы энергетическую помощь (WHEAP, LIHEAP, утепление или другую энергетическую помощь из другого штата)?
 Да Нет

WISCONSIN FOODSHARE ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Это заявка для FoodShare и не является заявкой на участие в программах Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services Wisconsin Shares (помощь для ухода за детьми) или Wisconsin Works (Висконсин Работает) (W-2). Эти программы могут помочь Вам с оплатой расходов на медицинское обслуживание, уходом за детьми или поиском работы. Вы можете подать заявку на участие в программах BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, and Wisconsin Shares онлайн по адресу access.wi.gov одновременно с подачей заявления на участие в программе FoodShare. Для подачи заявки на участие в программе W-2 вы должны обратиться в свое агентство.

FoodShare — это право, означающее, что оно помогает людям с низким доходом и трудностями в обеспечении продуктами питания получать ежемесячную помощь, чтобы свести концы с концами. Вам не нужно подавать заявку на участие в W-2 или других программах, чтобы иметь возможность получать пособия FoodShare. Домохозяйство обычно состоит из людей, которые живут и питаются вместе. Сумма пособий FoodShare, которые получает домохозяйство, зависит от размера домохозяйства, его расходов и дохода. Пособия FoodShare выдаются переводом на карту Wisconsin QUEST, которая используется как дебетовая карта в продуктовых магазинах, онлайн магазинах или на фермерских рынках, принимающих FoodShare.

ТРЕБОВАНИЯ К ОТЧЕТНОСТИ

Вы обязаны сообщить, если ежемесячный валовой доход вашей семьи превышает 130% federal poverty level (федерального уровня бедности) для размера вашей семьи.

Вы обязаны сообщать о получении любого существенного выигрыша в лотерею или азартные игры, выигранного в одной игре, ставке или билете, до удержания налогов или других сумм.

Вам или кому-либо из членов вашей семьи может потребоваться выполнить требования FoodShare к работе на каком-то этапе вашего сертификационного периода, чтобы продолжать получать льготы FoodShare. Чтобы соответствовать требованиям к работе, вы должны работать или участвовать в рабочей программе не менее 80 часов в месяц. Если ваше рабочее время сокращается ниже 80 часов в месяц, вы должны сообщить об этом.

КАК УЧАСТНИК ПРОГРАММЫ FOODSHARE, ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ.

Ваши права включают:

- Право на уведомление о вашем статусе участия в течение 30 дней с момента подачи заявления.
- Право на получение пособия в течение семи дней, если вы имеете право на немедленную помощь.
- Не подвергаться дискриминации из-за того, что вы пожилой человек или из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или репрессалий/возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Ваши обязанности:

- Отвечать на все вопросы, содержащиеся в заявке, полностью и честно и поставить свою подпись, подтверждая, что под страхом наказания за лжесвидетельство все ваши ответы являются правдивыми и правильными. Сюда входит информация о гражданстве и иммиграционном статусе участников, подающих заявление на льготы.
- Предоставить доказательства всей информации, необходимой для определения права на участие.
- Письменно сообщать о необходимых изменениях в указанные сроки.
- Не продавать и не раздавать полученную помощь.
- Использовать пособия FoodShare только для покупки разрешенных товаров.

Люди, нарушающие правила программы FoodShare, могут быть исключены из программы, оштрафованы, лишены свободы или подвергнуты всем трем наказаниям.

Для получения дополнительной информации о ваших правах и обязанностях, перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b.

ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Вы имеете право получить письменное уведомление от своего агентства до того, как будут предприняты какие-либо действия по прекращению выдачи вам пособий FoodShare или их сокращению. Для большинства действий Вы получите письмо по крайней мере за 10 дней до осуществления действия.

СПРАВЕДЛИВОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО

Вы имеете право на справедливое разбирательство, если вы не согласны с каким-либо действием агентства. Вы можете потребовать справедливого разбирательства в устной форме, позвонив по телефону 608-266-7709. Вы также можете отправить форму запроса о беспристрастном разбирательстве или письмо с просьбой о проведении слушания по факсу 608-264-9885 или обычной бумажной почтой в:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Ваш запрос должен быть получен в течение **90 дней** с даты введения агентством в силу ваших пособий FoodShare **или**, если вы не согласны с размером ваших пособий FoodShare, то в любое время, пока вы получаете пособия.

Форму Запроса на справедливое разбирательство можно скачать на сайте www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm, или вы можете позвонить в агентство, указанное в вашем письме, чтобы запросить слушание.

В большинстве случаев, если ваш запрос на справедливое судебное разбирательство будет получен Division of Hearings and Appeals (Отделом слушаний и апелляций) до даты вступления оспариваемого вами решения в силу, ваши льготы FoodShare не будут прекращены или уменьшены. Вы можете попросить, чтобы действие ваших льгот продолжалось, по крайней мере, до принятия решения по вашей апелляции. В течение этого времени, если произойдет другое несвязанное изменение,

ваши льготы FoodShare могут измениться. Если произойдет другое изменение, Вы получите новое письмо. Если Вы не удовлетворены решением, вынесенным по справедливому разбирательству, Вы можете обжаловать его и подать запрос на проведение повторного беспристрастного слушания. Если решение, вынесенное справедливым разбирательством, прекращает предоставление или сокращает объем ваших льгот, возможно, от Вас потребуется оплатить все льготы, которые Вы получали, пока Ваша апелляция рассматривалась. Вы можете попросить не выдавать вам пособие в дальнейшем.

Вы можете представлять себя сами или быть представленным на слушании или конференции адвокатом, другом или кем-либо еще по вашему выбору. Мы не можем платить за услуги Вашего адвоката. Однако Вам могут быть доступны бесплатные юридические услуги, если вы имеете на это право. Чтобы узнать больше о бесплатной юридической помощи, позвоните 888-278-0633.

Если вы не явитесь или ваш представитель не явится на слушание без уважительной причины, ваша апелляция считается недействительной и будет отклонена.

ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН, КОНСЕРВАТОР ИЛИ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО

Если у вас есть законный опекун, консерватор или доверенное лицо, этот человек может заполнить и отправить эту форму от вашего имени. Этот человек также должен будет представить документы о своем назначении вместе с этой формой.

СБОР ИНФОРМАЦИИ / ИСПОЛЬЗОВАНИЕ SOCIAL SECURITY NUMBERS (НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ) / ИНФОРМАЦИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ УСТАНОВИТЬ ЛИЧНОСТЬ

Сбор этой информации, включая Social Security number (номер социальной страховки) каждого члена домохозяйства, разрешен в соответствии с Food and Nutrition Act (Законом о продовольствии и питании) 2008 года (Food and Nutrition Act), с внесенными в него поправками 7 U.S.C. 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения того, имеет ли ваше домохозяйство право на участие в программе SNAP или продолжает ли оно участвовать в ней.

Эта информация будет использоваться для определения того, может ли ваше домохозяйство получать или продолжать получать пособия.

Информация, которую вы предоставите, будет проверена с помощью компьютерных программ. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой.

Эта информация может быть передана другим федеральным и государственным органам для официального ознакомления и сотрудникам правоохранительных органов с целью задержания лиц, скрывающихся от закона.

Если к вашему домашнему хозяйству предъявляются претензии SNAP, информация по этому заявлению, включая все Social Security Numbers (номера социальной страховки), может быть передана для сбора претензий в федеральные агентства и органы штата, а также в частные агентства по сбору претензий.

Предоставление запрашиваемой информации, включая Social Security numbers (номера социальной страховки) каждого члена домохозяйства, является добровольным. Однако непредоставление Social Security number (номера социального обеспечения) приведет к отказу в выплате пособий по программе SNAP каждому лицу, не предоставившему Social Security number (номер социального обеспечения). Любые предоставленные Social Security numbers (номера социального обеспечения) будут использоваться и раскрываться так же, как и Social Security numbers (номера социального обеспечения) соответствующих членов домохозяйства.

Ваш Social Security number (номер социального обеспечения) не будет передан в United States Citizenship and Immigration Services (Службу гражданства и иммиграции США) (USCIS).

Льготы FoodShare не засчитываются в качестве основания неприемлемости государственной пошлины.

ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Чтобы получить пособие FoodShare, вы должны быть гражданином США или иметь соответствующий иммиграционный статус в USCIS. Иммиграционный статус всех лиц, подающих заявку на FoodShare, будет проверен USCIS через SAVE и может повлиять на участие в FoodShare и получение пособий. Иммиграционный статус **не будет** проверяться в USCIS в отношении любого лица, которое не подает заявку на FoodShare или указывает, что у него нет квалификационного иммиграционного статуса в USCIS. Однако, доход от этих лиц может повлиять на участие в FoodShare или размер пособий.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

Ваше личное дело в программе FoodShare может быть случайно выбрано Department of Health Services (Департаментом здравоохранения) штата Wisconsin для контроля качества. Контроль качества FoodShare - это проверка вашего личного дела FoodShare, чтобы удостовериться, что агентство, которое зарегистрировало вас в FoodShare, предоставило ваши льготы правильно и соблюдает правила, установленные федеральным правительством. Федеральный закон гласит, что вы должны сотрудничать с проверкой качества. Если вы не предоставите запрошенную информацию и не будете участвовать в проверке, ваше дело FoodShare может быть закрыто. Если это произойдет, вам сообщат, как долго ваше дело может быть закрыто.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА РАБОТЫ ДЛЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 16 ДО 59 ЛЕТ

Все заявители и участники FoodShare в возрасте от 16 до 59 лет должны соблюдать основные правила работы в качестве условия права на участие в программе FoodShare, если только они не считаются освобожденными от правил. Соблюдение основных правил работы включает в себя регистрацию для работы во время подачи заявления путем предоставления достаточной информации о статусе занятости или доступности для работы.

Вы попадаете под освобождение от необходимости выполнения основных правил работы, если выполняется **любое** из следующих условий:

- Вам 16 или 17 лет, и вы не являетесь основным лицом в группе FoodShare.
- Вам 16 или 17 лет, и вы являетесь основным лицом в группе FoodShare, но посещаете школу или программу трудоустройства и обучения как минимум на половину времени.
- Вы признаны непригодными для работы. Это применяется если:
 - Вы получаете пособие по временной или постоянной нетрудоспособности от правительства или из частного источника.
 - Ваше агентство обнаружило, что вы физически или умственно не способны работать.
 - Вы признаны неспособными работать по заявлению медицинского или социального работника.
- Вы участвуете в W-2 и соответствуете требованиям W-2.
- Вы являетесь основным лицом, осуществляющим уход за ребенком-иждивенцем младше 6 лет (проживает ли он в вашем доме или вне вашего дома). Однако, если вы и другой человек оба имеете родительский контроль над ребенком, только один из вас в качестве основного опекуна этого ребенка может быть освобожден от требований регистрации для поиска работы.
- Вы являетесь основным лицом, осуществляющим уход за другим человеком, который не может заботиться о себе (независимо от того, проживает ли он в вашем доме или вне вашего дома).
- Вы подали заявку на пособие по безработице или уже получаете его.
- Вы регулярно принимаете участие в программе лечения или реабилитации от алкоголизма или наркомании.
- Вы работаете 30 или более часов в неделю или получаете еженедельную заработную плату в размере \$217.50 или более.
- Вы как минимум на половину времени посещаете школу, программу обучения или высшее учебное заведение.

Возможно, вам придется предоставить доказательства в ваше агентство, если вы соответствуете одному из этих исключений. Хотя соблюдение основных правил работы обязательно, участие в рабочей программе является добровольным.

САНКЦИИ ОСНОВНЫХ ПРАВИЛ РАБОТЫ

Если вы не соблюдаете требования основных правил работы и не имеете освобождения от этой обязанности, вы не сможете получать пособия FoodShare в течение указанного периода санкций. Это включает в себя ситуации, когда вы добровольно и без уважительной причины выполнили одно из следующих действий:

- Отказались от подходящего предложения о работе
- Уволились с работы, составлявшей 30 и более часов в неделю (или с работы с заработком, равным 30 часам в неделю по федеральной минимальной заработной плате)
- Сократили рабочее время до 30 часов в неделю (или сократили ваш заработок, чтобы он был меньше 30-кратной федеральной минимальной почасовой заработной платы)
- Принимаете участие в W-2, но не отвечаете требованиям программы W-2
- Подали заявку на пособие по безработице или получили его, но не соответствовали рабочим требованиям программы компенсаций по безработице

Если в течение периода действия санкции вы переезжаете в другое домохозяйство FoodShare, оставшаяся часть вашего периода действия санкций будет переведена вместе с вами в это домохозяйство. Продолжительность санкционного периода составляет:

- Один месяц для первой санкции.
- Три месяца для второй санкции.
- Шесть месяцев для третьей и последующих санкций.

Вы можете досрочно завершить период санкций, если вы освобождаетесь от требований по регистрации на поиск работы. Вам нужно будет повторно подать заявку на FoodShare, если вы хотите получать пособие после окончания периода действия санкций. Если вы являетесь частью группы FoodShare, вам нужно будет сообщить своему сотруднику программы, чтобы он обновил ваше дело, вместо того, чтобы повторно подавать заявку.

FOODSHARE ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ РАБОТОСПОСОБНЫХ ВЗРОСЛЫХ ВОЗРАСТОМ ОТ 18 ДО 54 ЛЕТ

Некоторые взрослые в возрасте от 18 до 54 лет, не имеющие несовершеннолетних детей, проживающих дома, могут получать только ограниченные по времени трехмесячные льготы FoodShare в течение 36 месяцев (три года), если они не соответствуют требованиям FoodShare по трудоустройству или не считаются освобожденными их выполнения. Это требование по трудоустройству отличается от требования основных правил работы.

Существует четыре способа соответствия требованиям FoodShare по трудоустройству для ABAWDs:

- Работать не менее 80 часов каждый месяц.
- Принимать участие в допустимой рабочей программе не менее 80 часов в месяц, например:
 - FoodShare Employment and Training (Занятость и обучение) (FSET).
 - W-2.
 - Workforce Innovation and Opportunity Act (Законом об инновациях и возможностях трудовых ресурсов) (WIOA).
- Иметь работу с оплатой в натуральной форме (оплачивается товарами, а не деньгами) или работать добровольцем не менее 80 часов в месяц.
- Комбинировать обычную работу, работу в натуральной форме, работу волонтером или участие в допустимой рабочей программе на общую сумму 80 часов в месяц.

Вы получите информацию о программе FSET, если вы зарегистрированы в FoodShare.

Вы можете быть признаны освобожденными и вам может не потребоваться выполнение требований по работе, если выполнено любое из следующих действий:

- Вы живете с ребенком в возрасте до 18 лет, который является частью того же самого домохозяйства в программе FoodShare.
- Вы являетесь основным лицом, осуществляющим уход за другим человеком, который не может заботиться о себе (независимо от того, проживает ли он в вашем доме или вне вашего дома).
- Вы являетесь основным лицом, осуществляющим уход за ребенком-иждивенцем младше 6 лет (проживает ли он в вашем доме или вне вашего дома). Однако, если вы и другой человек оба имеете родительский контроль над ребенком, только один из вас в качестве основного опекуна этого ребенка может быть освобожден от требований по трудоустройству FoodShare.

- Вы физически или умственно не способны работать.
- Вы испытываете бездомность. Сюда входят люди, которые находятся во временном жилье, например, в временных жилищных условиях и приютах, или временно (до 90 дней) проживают по месту жительства другого человека.
- Вы беременны.
- Вы подали заявку на пособие по безработице или уже получаете его.
- Вы регулярно принимаете участие в программе лечения или реабилитации от alcohol or other drug abuse (алкоголизма или наркомании) (AODA).
- Вы зачислены как минимум на половину времени в признанную школу или высшее учебное заведение.
- Вы старше 18 лет и посещаете среднюю школу по крайней мере половину времени.
- Вы участвуете в W-2 и соответствуете требованиям W-2.
- Вы работаете 30 или более часов в неделю или получаете еженедельную заработную плату в размере \$217.50 или более.
- Вам от 18 до 24 лет, и вы находились под опекой, субсидированной опекой или опекой родственниками по решению суда, когда вам исполнилось 18 лет.
- Вы ветеран. Ветеран — это человек, который служил в Вооруженных силах США (включая армию, корпус морской пехоты, военно-морской флот, военно-воздушные силы, космические силы, береговую охрану, национальную гвардию и резервы вооруженных сил) и был уволен или освобожден при любых условиях.

Примечание: Возможно, вам придется предоставить доказательство того, что вы попадаете под исключение.

ЦЕНТР ЗАНЯТОСТИ

Вам доступен Центр занятости (Job Center). Центр занятости является крупнейшим источником вакансий в штате Wisconsin. Посетите веб-сайт Job Center по адресу jobcenterofwisconsin.com, или вы можете использовать компьютеры с сенсорным экраном в вашем местном центре занятости. Чтобы найти ближайший к вам центр занятости, позвоните по телефону 888-258-9966 (бесплатный).

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОВЕРКА

Информация, содержащаяся в вашем заявлении будет проверяться через систему подтверждения доходов и прав нашего штата. Если вы работаете, ваш заработок и заработная плата, о которых вы сообщаете, будут проверяться компьютером на соответствие зарплате, о которой ваш работодатель сообщает в Department of Workforce Development (Департамент развития рабочей силы). IRS, Social Security Administration (Администрация социального обеспечения) и Unemployment Insurance Division (Отдел обеспечения от безработицы) также запрашиваются о доходах и активах, которые вы можете иметь. Информация, полученная от этих агентств, может повлиять на ваше участие и/или размер пособия вашего домохозяйства.

Если какая-либо информация, предоставленная вами, окажется неверной, вам может быть отказано в пособии FoodShare и/или вы будете привлечены к уголовной ответственности за предоставление заведомо ложной информации. Если вы предоставите ложную информацию, то должны будете возместить любые пособия, которые получили. Если к вашему домашнему хозяйству предъявляются претензии FoodShare, информация по этому заявлению, включая все Social Security Numbers (номера социальной страховки), может быть передана для сбора претензий в федеральные агентства и органы штата, а также в частные агентства по сбору претензий.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ ПРОГРАММЫ FOODSHARE

Любой член вашего домохозяйства, который намеренно нарушает любое из следующих правил, может быть отстранен от FoodShare на 12 месяцев после первого нарушения, на 24 месяца после второго нарушения или за первое нарушение, связанное с контролируемым веществом, и навсегда за третье нарушение.

- Предоставление ложной информации или сокрытие информации с целью получения или продолжения получения пособий FoodShare
- Любые сделки с использованием пособий FoodShare
- Изменение карт для получения льгот, на которые вы не имеете права
- Использование пособий FoodShare для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или табак
- Использование пособий FoodShare, идентификационных карточек или иных документов, принадлежащих другим лицам

В зависимости от стоимости неправильно использованных льгот вы также можете быть оштрафованы на сумму до 250 000 долларов США, лишены свободы на срок до 20 лет или и то и другое. Суд также может исключить вас из программы FoodShare Wisconsin еще на 18 месяцев. Вы будете навсегда дисквалифицированы, если будете осуждены за торговлю пособиями FoodShare в размере 500 долларов и более. Вы не сможете принимать участие в программе FoodShare Wisconsin в течение 10 лет, если обнаружится, что вы сделали мошенническое заявление в отношении вашей личности и места жительства, чтобы получить несколько льгот одновременно. Беглые преступники и нарушители правил

условно-досрочного освобождения не могут принять участие в FoodShare Wisconsin. Вы также можете быть подвергнуты дальнейшему судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами.

Если вы совершаете сделку (покупка или продажа) с пособием FoodShare и контролируемые веществами или нелегальными наркотиками, вы будете лишены права участвовать в программе FoodShare на два года на первый раз и навсегда во второй. Если вы совершаете сделку (покупка или продажа) с пособием FoodShare и огнестрельным оружием, боеприпасами или взрывчатыми веществами, вам будет навсегда запрещен доступ в FoodShare Wisconsin.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

Участие в FoodShare не может быть подтверждено, пока вы не предоставите доказательства определенных ответов.

- Если ваше собеседование проходит в агентстве, принесите с собой как можно больше доказательств из списка ниже.
- Если вы проводите собеседование по телефону, после него вам будет выслан список того, что вам нужно будет предоставить в качестве доказательства.

Вас могут попросить предоставить документы, не перечисленные ниже. Если это так, ваше агентство вышлет вам список других необходимых доказательств. Если вы не можете получить нужные вам документы, сообщите в ваше агентство, какие документы вы не можете получить, и ваше агентство поможет вам.

Ниже представлен список примеров доказательств:

Подтверждение личности/ Иммиграционного статуса

- Водительские права
- Свидетельство о рождении
- Паспорт или карта гражданина США
- Иммиграционный документ
- Зарплатный чек
- Удостоверение сотрудника
- Медицинская карта

Заработанный доход

- Все чековые квитанции, полученные за последние 30 дней
- Подписанное заявление от работодателя, которое включает информацию о вашем доходе и даты оплаты, ожидаемые в течение следующих 30 дней.
- Форма подтверждения доходов работодателем

Самозанятость

- Налоговые декларации за последние годы

Прочие доходы

- (например, страхование по безработице, страхование по инвалидности, Social Security (социальное обеспечение), выход на пенсию, пособия для ветеранов, военные отчисления)
- Наградное письмо
 - Копия последнего чека

Для получения кредита может потребоваться следующее:

- Расходы на жилье и коммунальные платежи
- Текущая квитанция на оплату аренды с указанием имени и номера телефона арендодателя
- Арендные или ипотечные бумаги
- Налоговая декларация на недвижимость
- Счета за коммунальные услуги
- Алименты на ребенка (полученные или выплаченные не в штате Wisconsin, а в другом штате)
- Судебные распоряжения или другие платежные документы
- Платежная ведомость из другого штата

Если вам 60 лет или больше, вы слепы или имеете инвалидность, то вы можете получить кредит на определенные медицинские расходы.

Медицинские расходы и издержки

Медицинские расходы и издержки включают следующее, но не ограничиваются им:

- Больничное, медицинское, стоматологическое обслуживание и услуги окулиста
- Премии за медицинское страхование, страховые взносы Medicare и расходы на схемы лечения лекарствами, отпускаемыми по рецепту
- Лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта
- Дом престарелых и медицинское обслуживание на дому
- Медицинское оборудование и расходные материалы
- Расходы на транспортировку и размещение для получения медицинской помощи
- Полис медицинского обеспечения с указанием премии, совместного обеспечения, доплат или вычетов
- Выписка из аптеки
- Соглашение с поставщиком о возврате
- Выписка из заключения врача, подтверждающая назначение безрецептурного препарата
- Счет за услуги медсестры, домохозяйки или домашнего помощника

- Соответствующая стоимость специально обученного служебного животного
- Оплата услуг Lifeline/Medic Alert по назначению врача
- Платежная ведомость
- Детализированные рецепты
- Пузырек от лекарства или таблеток с ценой на этикетке
- Квитанции за размещение и/или транспортировку для получения лечения или медицинских услуг
- Счета или квитанции за корм, обучение или услуги ветеринара для специально обученного служебного животного

Государственные или местные агентства Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) и Программы распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и их субподрядчики должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в учреждение (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

- (1) **почтовый адрес:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; или
- (2) **факс:**
(833)-256-1665 или (202)-690-7442; или
- (3) **эл. почта:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности.